



**Avaliação do consumo de álcoois e fatores associados em mulheres em
idade fértil, grávidas e lactantes no distrito de Cantagalo, São Tomé e
Príncipe**

*Evaluation of alcohol consumption and its associated factors among childbearing
age, pregnant and lactating women in the district of Cantagalo, São Tomé e
Príncipe*

Rita Correia de Oliveira Clare Neves

Orientado por: Prof. Doutora Teresa Amaral

Coorientado por: Dra. Carolina Reynolds

Trabalho de Investigação

1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

ONGD Helpo, São Tomé e Príncipe, 2018

Resumo

Introdução: o etanol tem a capacidade de atravessar a placenta e de passar para o leite materno, afetando o desenvolvimento fetal e do recém-nascido. Como tal, é recomendado que as mulheres nesta fase não consumam bebidas alcoólicas. Em São Tomé e Príncipe são escassos os dados acerca do consumo de bebidas alcoólicas e das respetivas consequências durante os períodos pré e pós-natal.

Objetivos: conhecer o consumo de álcoois e os fatores associados em mulheres em idade fértil, grávidas e lactantes no distrito de Cantagalo, São Tomé e Príncipe.

Metodologia: avaliou-se uma amostra de conveniência constituída por 75 mulheres e 50 crianças, num estudo transversal. Os participantes foram classificados relativamente ao consumo diário de etanol, de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial de Saúde, em baixo risco (1-20g), médio risco (21-40g) e elevado risco (>40g). A associação entre as características dos participantes e o consumo de bebidas alcoólicas foi avaliada através de uma análise bivariada.

Resultados: 72% das grávidas, 76% das lactantes e 88% das mulheres em idade fértil consumiam bebidas alcoólicas, sendo que destas 55,9% apresentavam um consumo de médio/alto risco e 43,5% um consumo esporádico excessivo. Observou-se que as mulheres que consumiam bebidas alcoólicas eram mais velhas, com menor escolaridade, desempregadas e tinham filhos. Da totalidade de mulheres com filhos, 39% já lhes tinha dado bebidas alcoólicas.

Conclusão: grande parte das mulheres não cumpria as recomendações relativas ao consumo de etanol. Tais resultados enfatizam a importância de se desenvolverem planos de intervenção em São Tomé e Príncipe que minimizem estes consumos e, em última instância, as consequências do etanol.

Abstract

Introduction: alcohol can cross the placenta and pass into breast milk, compromising fetal and new-born development. Therefore, it is recommended that pregnant and lactating women should abstain from alcohol during those periods. Data regarding alcohol consumption and its consequences during pre and post-natal periods in Sao Tome and Principe is scarce.

Objectives: to evaluate alcohol consumption and its associated factors in childbearing age, pregnant and lactating women, in Cantagalo, Sao Tome and Principe.

Methodology: a convenience sample of 75 women and 50 children were evaluated in a cross-sectional study. The participants were classified, according to the World Health Organization cut-offs, as presenting a low risk (1-20g), medium risk (21-40g) or high risk (>40g) alcohol consumption. The association between participant's characteristics and alcohol consumption was analysed through a bivariate analysis.

Results: 72% of pregnant, 76% of lactating and 88% of childbearing age women reported alcohol consumption. Among consumers, 55,9% had a medium/high risk alcohol consumption and 43,5% adopted risky patterns of drinking, such as binge drinking. It was found that women who consumed alcoholic beverages were older, less educated, unemployed and had children. Among women who had children, 39% had already given them alcoholic beverages.

Conclusion: in this study, most women failed to comply with the recommendations on alcohol consumption. Such results stress the need to develop and to put into action intervention plans in Sao Tome and Principe, to control alcohol consumption and its consequences.

Palavras-Chave: Bebida alcoólica, *binge drinking*, gravidez, amamentação, mulher em idade fértil.

Keywords: alcoholic beverage, binge drinking, pregnancy, lactation, childbearing age women.

Lista de abreviaturas

AIQ- amplitude interquartil

BPN- Baixo peso à nascença

DA- Desnutrição aguda

DC- Desnutrição crónica

Dp- Desvio padrão

EB- Ensino básico

E/I- Estatura para a idade

IP- Insuficiência ponderal

IMC- Índice de massa corporal

MIF- Mulher em idade fértil

OMS- Organização Mundial de Saúde

P/E- Peso para a estatura

P/I- Peso para a idade

PN- Peso à nascença

STP- São Tomé e Príncipe

Índice

Resumo	i
Palavras-Chave	iii
Abstract	ii
Keywords.....	iii
Lista de abreviaturas	iii
Introdução	1
Objetivos	3
Amostra e métodos	4
Resultados	7
Discussão.....	11
Conclusões.....	15
Referências	16
Anexos	21
Índice de anexos.....	22

Introdução

O consumo e produção de bebidas alcoólicas é considerado parte integrante da cultura e economia de muitos países⁽¹⁾. Este tipo de bebidas contém etanol, uma substância tóxica e psicoativa, capaz de criar dependência⁽²⁾.

O consumo de álcoois é considerado um problema mundial, sendo que 3,3 milhões das mortes a nível mundial (5,9%⁽²⁾ e 6,4% na região africana⁽³⁾) são total ou parcialmente causadas por este composto⁽²⁾. O etanol, em função da dose consumida, aumenta o risco de desenvolvimento de perturbações mentais e comportamentais, doenças gastrointestinais, infecciosas e cardiovasculares, entre outras.⁽⁴⁾

Na verdade, existem diferentes padrões de consumo que causam ou aumentam o risco de ocorrência de danos no indivíduo⁽⁵⁾, sendo possível distinguir pelo menos três. Define-se por consumo de risco (entre 21 e 40g de álcool diários), um nível de consumo que aumenta a probabilidade de danos para a saúde^(4, 6). Um consumo nocivo define-se como um padrão de consumo que causa danos quer na saúde física como mental do indivíduo⁽⁷⁾ e é descrito como uma ingestão diária média superior a 40g de etanol nas mulheres⁽⁸⁾. Por fim, um consumo esporádico excessivo (*binge drinking*), é definido em termos quantitativos como um consumo de pelo menos cinco unidades de uma bebida standard numa única ocasião^(4, 9).

Durante a gravidez e a amamentação recomenda-se a abstenção do consumo de bebidas que contêm etanol uma vez que este, não só tem a capacidade de atravessar a placenta como também de passar para o leite

materno nas mesmas proporções do consumo materno^(10, 11), afetando o desenvolvimento fetal (efeito teratogénico) e do recém-nascido⁽¹²⁾.

De acordo com a OMS (2016), a disponibilidade mundial de etanol *per capita* (indivíduos com 15 ou mais anos) era de 6,4 litros de etanol puro por ano, sendo na Região Africana de 6,3 litros⁽¹³⁾. É de notar que, apesar das bebidas tradicionais assumirem maior relevância nos países africanos⁽¹⁴⁾ (cerca de $\frac{1}{3}$ do consumo^(14, 15)), como o vinho da palma e a cacharamba em São Tomé e Príncipe (STP), estas não são contabilizadas no cálculo do consumo de etanol ⁽⁹⁾.

Em termos socioeconómicos, STP ocupa a 142ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano de 2015⁽¹⁶⁾ e apresenta uma população maioritariamente jovem em que cerca de 44,9% são crianças⁽¹⁷⁾. O consumo de risco de etanol é um problema crescente a nível nacional e constitui um dos desafios mais importantes para o país⁽¹⁸⁾, na medida em que este composto é considerado um dos principais fatores de risco para doenças infecciosas, como o HIV e a tuberculose e infeções diarreicas e do trato respiratório inferior, bem como da cirrose, de perturbações neurológicas e acidentes rodoviários^(19, 20).

Em STP, o consumo de bebidas alcoólicas apresenta uma forte componente cultural, tendo sido registado em 2016 uma disponibilidade *per capita* de 6,8 litros de etanol puro por ano, superior ao consumo médio africano⁽¹³⁾. A bebida mais consumida é o vinho (60%), em seguida a cerveja (24%), e, por fim, as bebidas espirituosas (16%)⁽¹⁴⁾. Em STP, entre os 25-64 anos, 89% dos homens e 80,5% das mulheres consomem bebidas alcoólicas, sendo que 26,1% fá-lo diariamente (33,7% para homens e 18,6% para mulheres). Neste sentido, é evidente a importância da implementação de medidas que limitem o acesso a bebidas alcoólicas. No entanto, de entre 47

países africanos, STP é dos países que apresenta políticas menos restritivas. Na verdade, neste país não está estabelecida uma idade mínima legal para a compra de bebidas alcoólicas, não existe um sistema nacional de monitorização para a ação comunitária e não existem regulamentos juridicamente vinculativos sobre a publicidade a bebidas alcoólicas⁽¹⁴⁾. Em 2013, foi implementada e validada a Política Nacional de Nutrição e Alimentação, tendo sido definidos objetivos que remetem para o reforço da sensibilização para a redução do consumo de bebidas alcoólicas e para a prevenção e cessação do mesmo durante a gravidez e aleitamento⁽²¹⁾.

Face a esta problemática e aliado à escassez de dados acerca de STP, torna-se imperativo quantificar e identificar consumos de risco, bem como conhecer o contexto e os motivos de consumo entre mulheres santomenses. Em última instância, tais conhecimentos permitirão vislumbrar as principais áreas de intervenção, constituindo a base para delinear programas e estratégias que minimizem o consumo de álcool e as suas consequências.

Objetivos

Objetivo Geral: conhecer o consumo de álcool e os fatores associados em mulheres em idade fértil, grávidas e lactantes no distrito de Cantagalo, STP.

Objetivo específico: i) conhecer a frequência e as características de mulheres que têm um consumo de álcool de risco; ii) estudar os conhecimentos e atitudes perante o consumo de bebidas alcoólicas; iii) saber se existem diferenças de consumo entre os grupos; iv) perceber as relações entre o consumo de álcool, as características sociodemográficas e o estado nutricional das crianças.

Amostra e métodos

Realizou-se um estudo do tipo descritivo durante os meses de maio e junho, nos locais de intervenção da Helpo- Organização Não Governamental para o Desenvolvimento, que atua no distrito de Cantagalo na área da nutrição materno-infantil, nomeadamente no centro de saúde de Água Izé, nos postos de saúde de Santana e Ribeira Afonso e no posto comunitário de Voz da América e, através das equipas móveis, nas comunidades de Alto Douro, Amparo, Bernardo Faro, Caridade, Claudino Faro e São Lourenço.

Utilizando o método de amostragem por conveniência, foram avaliadas 25 mulheres em idade fértil (MIF) até aos 54 anos, 25 grávidas e 25 lactantes e 50 crianças com idades compreendidas entre os 0-59 meses. Foi obtido o consentimento informado e da totalidade das mulheres sinalizadas, nenhuma recusou a aplicação do questionário nem a recolha de dados antropométricos.

Pretendia-se recolher dados sociodemográficos, relativos à amamentação e gravidez e conhecimentos e atitudes perante o consumo de bebidas alcoólicas. Para tal foi aplicado um questionário a 75 mulheres (Anexo B) de administração indireta e previamente testado na população alvo, de modo a minimizar a possibilidade de ocorrência de viéses de resposta. Este foi elaborado com base em inquéritos previamente aplicados e validados na população santomense ^(22, 23), e outros, cujo objetivo era a avaliação do consumo de álcool^(5, 24, 25) (anexo C). Foi também aplicado um questionário de frequência de forma a quantificar o consumo de bebidas alcoólicas relativo aos 12 meses precedentes, tendo como base as recomendações da OMS para avaliação do consumo de etanol⁽²⁶⁾. A partir do questionário de frequência avaliou-se o consumo habitual, tornando possível aferir consumos que acarretam riscos a longo prazo (*High risk for*

chronic harm). De forma a avaliar consumos esporádicos elevados, foi incluída a frequência de ingestão de cinco ou mais bebidas numa ocasião, constituindo o ponto de corte para consumos de elevado risco a curto prazo (*High risk for acute harm*)⁽²⁶⁾.

Mediram-se o peso e altura e em grávidas foi registada a variação do peso ao longo da gravidez, através da leitura dos boletins de saúde. Nas crianças avaliou-se o peso e estatura e registou-se o peso à nascença (PN). Para a medição do peso foi utilizada uma balança pediátrica da marca Seca® (modelo 725) e uma balança digital de pé da marca Seca® (modelo 874). Para a medição do comprimento, em crianças com idades inferiores a dois anos, foi utilizado um estadiómetro horizontal e para a altura, a partir dos dois anos, um estadiómetro vertical da marca Seca® (modelo 217)⁽²⁷⁾.

Os dados antropométricos das crianças até aos cinco anos de idade, com o intuito de avaliar o estado nutricional, foram inseridos no *software Anthro*®, desenvolvido pela OMS (<http://www.who.int/childgrowth/software/en/>), tendo sido registados os z-scores de peso para a idade (P/I), peso para a estatura (P/E) e estatura para a idade (E/I). Para avaliar o estado nutricional das mulheres, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC).

A análise estatística dos dados foi feita através do programa *IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Statistics*® versão 25.0 para o Windows®. As variáveis categóricas foram reportadas como frequências. Para variáveis cardinais avaliou-se a distribuição normal através dos testes de Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro-Wilk, consoante o tamanho amostral. Os resultados foram

descritos a partir da média e desvio-padrão (dp) ou mediana e amplitude interquartil (AIQ), dependendo se a distribuição era normal ou não.

As variáveis local de residência, idade de introdução de bebidas alcoólicas e PN foram recodificadas em duas categorias: comunidades com unidade sanitária e sem unidade sanitária; 0-6 meses e >6 meses; <2500g, ≥2500g⁽⁷⁾, respetivamente. Calculou-se um índice de consumo de bebidas alcoólicas, multiplicando-se a frequência média de consumo de cada bebida pela quantidade média consumida e pelo teor de etanol de cada bebida. Considerou-se 10g de etanol por unidade de bebida padrão quando se desconhecia o teor alcoólico e uma densidade do etanol de 0,79g/ml⁽²⁶⁾. Somaram-se as quantidades médias consumidas por bebida, obtendo-se um valor diário de gramas de etanol puro. Os pontos de corte utilizados para definir consumos de risco seguem as recomendações internacionais da OMS: 1-20g álcool/dia (baixo risco); 21-40g (médio risco); >40g (alto risco)⁽²⁶⁾. Os participantes foram agrupados de acordo com os critérios da OMS para o IMC⁽²⁸⁾. Foram criadas duas categorias para cada z-score dos indicadores do estado nutricional, P/I, P/E e E/I: z-score ≤-3 (desnutrição severa), z-score entre -2 e -3 (desnutrição moderada)⁽²⁹⁾.

As participantes, categorizadas em “grávidas”, “lactantes” e “MIF” e de acordo com o consumo de álcool, foram comparadas relativamente às características sociodemográficas, conhecimentos e consumo de bebidas alcoólicas, através das provas de Qui-Quadrado de Pearson e prova Exata de Fisher para variáveis categóricas e Kruskal-Wallis, One-way ANOVA ou Mann-Whitney para variáveis cardinais. Agruparam-se algumas categorias devido ao

baixo tamanho amostral em algumas delas. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

Resultados

Este estudo permitiu caracterizar 75 mulheres santomenses, residentes no distrito de Cantagalo, com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, categorizadas em grávidas, lactantes e MIF (Tabela 1). Foram também avaliadas 50 crianças dos 0 aos 59 meses (Tabela 1 em Anexo).

A maioria da amostra (65%) residia em comunidades sem unidades sanitárias, frequentou a escola até ao 1º-2º ciclos do EB (cerca de 60%) e a quase totalidade das mulheres (89,3%) era casada ou vivia em união de facto. Pouco mais de metade da população era desempregada (53,3%) e aproximadamente 40% já tinha tido um abortamento espontâneo ou nado-morto. Do total das mulheres avaliadas, 88% tinha filhos, sendo a mediana de 3 filhos (AIQ: 3). A mediana do número de refeições efetuadas por dia foi de 4 refeições (AIQ: 2). Verificou-se que as lactantes e MIF tinham maior probabilidade de ter filhos ($p=0,001$) e que as lactantes consumiam menos refeições ($p=0,001$). Relativamente à fonte de água para beber, a maioria das grávidas e MIF utilizavam água do chafariz, enquanto que metade das lactantes usava água do chafariz e 32% ia buscar água ao rio/ribeira ($p=0,007$). Em relação ao estado nutricional, a maioria das mulheres eram normoponderais (61,8%), 31,1 % das crianças apresentavam desnutrição crónica (DC), 15,6% desnutrição aguda (DA), 22,4% insuficiência ponderal (IP) e 13,9% nasceram com baixo peso.

Tabela 1| Características sociodemográficas, clínicas e nutricionais de 75 mulheres grávidas, lactantes ou em idade fértil santomenses.

	Grávidas (n=25)	Lactantes (n=25)	Idade fértil (n=25)	p
Idade, anos, mediana (AIQ)	22,0 (15,0)	25,9 (11,0)	25,9 (15,0)	0,188*
Local de residência, n (%)				
Com unidade sanitária	9 (36,0)	8 (32,0)	9 (36,0)	0,943‡
Sem unidade sanitária	16 (64,0)	17 (68,0)	16 (64,0)	
Escolaridade, n (%)				
Sem escolaridade	1 (4,0)	3 (12,0)	2 (8,0)	0,733†
1º e 2º ciclos do ensino básico	14 (56,0)	13 (52,0)	17 (68,0)	
3º ciclo do ensino básico	6 (24,0)	7 (28,0)	5 (20,0)	
Secundário e superior	4 (16,0)	2 (8,0)	1 (4,0)	
Estado matrimonial, n (%)				
Casada/união de facto	24 (96,0)	23 (92,0)	20 (80,0)	0,257†
Divorciada/separada/viúva/solteira	1 (4,0)	2 (8,0)	5 (20,0)	
Atividade profissional, n (%)				
Sim	7 (28,0)	9 (36,0)	15 (60,0)	0,172†
Não	16 (64,0)	15 (60,0)	9 (36,0)	
Estudante	2 (8,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	
Agregado familiar, n, mediana (AIQ)	4 (3)	5 (3)	4 (3)	0,090*
Número de refeições efetuadas, n, mediana (AIQ)	4 (1)	3 (2)	4 (2)	0,001*
Origem da água para bebida, n (%)				
Água canalizada	3 (12,0)	4 (16,0)	1 (4,0)	0,007†
Chafariz/tanque	22 (88,0)	13 (52,0)	20 (80,0)	
Ribeira/rio	0 (0,0)	8 (32,0)	4 (16,0)	
Água mineral	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Paridade, n (%)				
Nuliparidade	8 (32,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	0,001†
Multiparidade	17 (68,0)	25 (100,0)	24 (96,0)	
Abortamento espontâneo ou nado-morto, n (%)¹				
Sim	11 (44,0)	6 (37,5)	7 (33,3)	0,756
Não	14 (56,0)	10 (62,5)	14 (66,7)	
Peso, kg, média (dp)²	NA	60,3 (12,1)	61,8 (10,5)	0,695#
Altura, cm, média (dp)³	NA	159,6 (6,2)	159,8 (7,4)	0,918#
Índice de Massa Corporal, kg/m², média (dp)³	NA	23,5 (4,8)	23,3 (3,5)	0,877#
Índice de Massa Corporal, kg/m², n (%)³				
Baixo peso (<18,50 kg/m ²)	NA	2 (12,5)	0 (0,0)	0,065†
Normoponderal (18,50-24,99kg/m ²)	NA	8 (50,0)	13 (81,3)	
Pré-obesidade (25,00- 29,99 kg/m ²)	NA	5 (31,3)	1 (6,3)	
Obesidade (≥ 30,00 kg/m ²)	NA	1 (6,3)	2 (12,5)	

*Prova de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney; †Prova Exata de Fisher; ‡Prova Qui-Quadrado; #Prova One-way ANOVA; ¹ 13 respostas omissas (n=62); ² 35 casos omissos (25 grávidas+10 missings; n=40); ³ 41 casos omissos (25 grávidas+16 missings; n=34)

No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas (Tabela 2 em Anexo), da totalidade das mulheres inquiridas, 78,7% consumia bebidas alcoólicas, apresentando uma mediana de ingestão de 21g de álcool puro por dia (AIQ: 22,6g). Entre consumidoras, mais de metade (59,3%) consumia diariamente, sendo o vinho da palma e a cerveja as bebidas mais consumidas, 84,7% e 64,4% respetivamente. Verificou-se que mulheres que consumiam bebidas alcoólicas eram mais velhas (mediana: 29,0 anos; AIQ:12,0; $p=0,002$), tinham menor escolaridade ($p=0,004$), estavam desempregadas ($p=0,002$) e tinham filhos ($p=0,018$), comparativamente às não consumidoras (Tabela 1 em anexo).

Relativamente aos padrões de consumo, 55,9% das mulheres apresentava um consumo de médio/alto risco a longo prazo e, entre as mulheres que consumiam bebidas alcoólicas, 43,5 % consumia cinco ou mais bebidas numa ocasião (*binge drinking*), com uma frequência habitual semanal. Observou-se que, mulheres com um consumo mais elevado consumiam com maior frequência (diariamente: 93,9%; $p<0,001$) e tinham maior probabilidade de adotar comportamentos de risco, como um consumo esporádico excessivo (67,9%; $p<0,001$) (Tabela 2 em Anexo).

No que diz respeito aos conhecimentos relativos ao consumo de álcoois, observou-se uma tendência para as participantes considerarem que o etanol não tem efeitos positivos e, paralelamente, que tem efeitos negativos no feto e recém-nascido. Há, no entanto, uma distinção a fazer entre a opinião quanto à influência do tipo de bebidas alcoólicas, sendo que 44% da população acreditava que existiam bebidas que faziam bem e outras que faziam mal. Da totalidade das mulheres avaliadas, 56% tinha conhecimento das consequências do etanol,

sendo que a maioria (73,2%) referiu que tal informação tinha sido transmitida pelas equipas e profissionais de saúde. Em resposta a esta questão, na maioria referiram: desnutrição e baixo peso; doenças como a diarreia; deficiência; dificuldades na aprendizagem e no desenvolvimento; prematuridade e maior probabilidade de abortamentos, em menor percentagem. Quando questionadas acerca do motivo que as levava a consumir bebidas com álcool as respostas mais frequentes foram: crenças; durante as refeições; para distrair e quando estão stressadas; por vontade e porque gostam; em momentos de lazer com a família; quando têm dinheiro; quando apresentam elevada disponibilidade, por produção caseira e no caso de serem vinhateiras.

Da totalidade das mulheres com filhos, 39% já lhes tinha dado bebidas alcoólicas, sendo a mediana de idades de introdução destas bebidas pela primeira vez de 9 meses (AIQ:16). A maioria das mães (72,7%) costumava dar bebidas alcoólicas aos filhos semanalmente e, na maior parte dos casos (45,8%), as crianças já tinham consumido dois tipos de bebidas, sendo o vinho da palma a bebida mais frequentemente dada a provar (66,7%). Constatou-se que as mulheres grávidas tinham maior probabilidade de oferecer bebidas aos filhos (62,5%; $p=0,048$) e que mulheres com consumos mais elevados faziam-no mais precocemente ($p=0,035$) (Tabela 2 em Anexo). Os principais motivos pelos quais ofereciam bebidas alcoólicas eram: crenças; para a criança não pensar na mama e parar de chorar; porque a criança pedia.

Da totalidade das grávidas, 72% consumia bebidas alcoólicas, sendo que destas 55,6 % tinha um consumo de médio/alto risco, 5,6% iniciaram o consumo quando ficaram grávidas, no entanto 28,6% deixaram de beber quando souberam da gravidez. Das que consumiram sempre antes e durante a gravidez,

a maior parte não mudou a frequência de consumo (68,8%), no entanto metade referiu ter diminuído a quantidade de bebidas alcoólicas consumidas. Cerca de 72% das gravidezes não eram planeadas, não existindo diferenças entre consumidoras e não consumidoras, nem entre níveis de consumo. Também não foram encontradas diferenças entre consumidoras e não consumidoras relativamente ao número de filhos e idade da mulher. Verificou-se ainda que as mulheres que consumiam antes da gravidez tinham maior probabilidade de prolongar a ingestão durante este período ($p=0,006$) (Tabela 3 em Anexo).

Da totalidade das lactantes, 76% consumia bebidas alcoólicas, sendo que destas 52,6% tinha um consumo de médio/alto risco, 21% não bebia durante a gravidez e retomou o consumo durante a amamentação e 16,7% deixaram de beber quando começaram a amamentar. Das que consumiram sempre durante a gravidez e amamentação, a maioria não mudou os seus hábitos de consumo, incluindo a frequência (79%) e a quantidade (86%). Verificou-se que as mulheres que consumiam antes e durante a gravidez eram as que mais frequentemente ingeriam bebidas alcoólicas durante a amamentação ($p=0,012$; Tabela 4 Anexo).

Discussão

Neste estudo foi avaliado o consumo de bebidas alcoólicas de grávidas, lactantes e MIF santomenses. Cerca de 80% das participantes consumia bebidas alcoólicas, mas não se encontraram diferenças entre os três grupos. De acordo com o descrito em estudos anteriores^(30, 31), apresentavam maior

tendência para consumir bebidas alcoólicas as que tinham idades mais avançadas, menor escolaridade, estavam desempregadas e com filhos.

Foi possível constatar que o consumo de bebidas alcoólicas em mulheres santomenses e o fornecimento destas aos filhos não parece ser influenciado pelo ambiente familiar, ao contrário do esperado, e parece estar associado à presença de mitos e crenças que levam a conhecimentos erróneos, constituindo uma área importante de intervenção. Efetivamente, estas acreditam que o etanol tem efeitos positivos para a saúde, na medida em que cura doenças como as hérnias e fortalece o sangue e a criança. Pensam ainda que existem bebidas que fazem bem, como o vinho da palma (de elevada disponibilidade pela produção local e baixo preço), vinho branco e vinho tinto, que a cerveja tem poder galactogénio e que apenas as bebidas espirituosas, comumente chamadas de “bebidas quentes”, fazem mal à saúde. Para além disso, em algumas comunidades em STP, existe o hábito de consumir o “remédio do contra” duas vezes por semana que, quando feito à base de folhas e cacharamba/genebra, se acredita ter efeito de eliminar o feiticeiro do corpo, limpar a barriga e fazer bem à visão.

É recomendada a abstenção do consumo de bebidas alcoólicas durante os períodos pré e pós-natal^(11, 12) e um consumo de no máximo uma bebida padrão por dia em mulheres que não estejam grávidas nem a amamentar⁽⁵⁾. Na realidade, não existe nenhum nível de consumo, nem nenhum momento da gravidez ou amamentação em que seja considerado seguro consumir bebidas alcoólicas^(12, 32), sendo a gravidade da exposição alcoólica dependente da quantidade e padrão de consumo⁽¹²⁾. Neste estudo grande parte das mulheres não cumpria com as recomendações relativas ao consumo de etanol, visto que

a maioria era consumidora e mais de metade da população apresentava um consumo de risco a curto e longo prazo.

A evidência científica acerca do risco da exposição fetal ao etanol é convincente, tendo-se verificado que as crianças são afetadas de forma diferente dependendo do momento de ingestão, suscitando riscos acrescidos aquando de um consumo durante o primeiro trimestre⁽¹⁰⁾. O consumo de etanol durante a gravidez parece estar associado a uma maior probabilidade de abortamentos e nados-mortos⁽¹²⁾, atrasos no crescimento, malformações fetais (pe. Síndrome Alcoólico Fetal), prematuridade e BPN⁽³³⁾. Neste estudo não foi encontrada uma associação entre o BPN e o consumo de bebidas alcoólicas, possivelmente devido ao reduzido tamanho amostral e a não se ter considerado o trimestre nem a variação de consumo ao longo da gravidez.

Quando se estuda o efeito da exposição ao etanol na amamentação é importante avaliar três vertentes, a taxa de difusão para o leite materno, o efeito do etanol na lactação e os efeitos a curto e a longo prazo no lactente⁽³⁴⁾. Diversos estudos têm mostrado que, apesar da quantidade de etanol transferida ao recém-nascido através do leite materno ser relativamente baixa, os lactentes apresentam uma baixa capacidade de oxidação do etanol⁽³⁵⁾, fazendo com que este composto tenha efeitos nocivos mesmo em menores quantidades⁽³⁶⁾. O consumo de bebidas alcoólicas no período pós-parto, a curto prazo, associa-se à alteração do sabor⁽¹¹⁾ e odor⁽³⁴⁾ do leite materno, à diminuição da produção⁽¹¹⁾ e retardo da ejeção do leite, pelo efeito supressor da ação da oxitocina, tendo como consequência a diminuição da ingestão⁽³⁶⁾ e o desmame precoce⁽³¹⁾, podendo influenciar o estado nutricional da criança. Para além disso, foi

mostrado que o etanol pode comprometer o crescimento e desenvolvimento neuro-comportamental⁽³⁵⁾ e motor em idades mais tardias⁽³⁷⁾.

É recomendado que, mulheres que decidam manter a ingestão de bebidas alcoólicas durante a amamentação bebam após dar de mamar, devendo esperar pelo menos duas horas depois de ingerir uma qualquer bebida, de forma a limitar a quantidade de etanol a que o lactente é exposto^(11, 12, 31). Neste estudo constatou-se que as lactantes que consumiam bebidas alcoólicas não adotavam este tipo de comportamentos. Efetivamente, a maior parte das mães, para além de não ter em conta o momento de ingestão relativamente ao de amamentação e de o intervalo de tempo entre mamadas ser inferior a duas horas, na sua maioria não mudaram os hábitos de consumo quando iniciaram o aleitamento.

Foi evidenciado em estudos prévios que o consumo de bebidas alcoólicas antes da gravidez é fator preditor do consumo durante a lactação⁽³⁶⁾, corroborado pelos achados deste estudo. Este aspeto reveste-se da maior importância pois, para além dos efeitos nocivos que o etanol pode ter diretamente na criança, o consumo deste afeta as relações e as práticas parentais, aumentando o risco de maus-tratos à criança e de negligência, podendo comprometer a sua segurança⁽¹⁴⁾ e levar a um pobre estado nutricional⁽³⁸⁾.

Em comparação com dados já existentes em STP, observa-se que a percentagem de mulheres que consumia bebidas alcoólicas neste estudo e no distrito de Cantagalo, é semelhante à percentagem de mulheres com idades entre os 25 e os 64 anos que consumia bebidas alcoólicas em STP (2016). Contudo, verificou-se no presente estudo uma percentagem maior de mulheres que o fazia diariamente, 59,3% em comparação com 18,6%. A proporção de grávidas e lactantes que mencionaram consumir bebidas alcoólicas foi inferior à

reportada em 2014⁽²⁴⁾, o que pode ser explicado pela diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas, por diferenças na metodologia de recolha das informações e nas características da amostra, mas também pelo facto de, apesar de não se verificar na prática, esta população saber o que deve responder de forma a evitar represálias. Para além disso, na presente investigação e comparativamente aos dados de 2014, verificaram-se taxas de desnutrição, BPN⁽³⁹⁾ e de consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças superiores, tendo sido estas fornecidas pela primeira vez mais precocemente⁽²⁴⁾.

Destacam-se como limitações deste estudo o baixo tamanho amostral, que poderá ter levado a um baixo poder estatístico e a possibilidade da amostra se encontrar enviesada por ser de conveniência, na medida em que os dados foram recolhidos em populações mais suscetíveis e com maior proporção de consumidoras. Por outro lado, poderá ter ocorrido uma subestimação do consumo de bebidas alcoólicas, uma vez que este foi autorreportado, podendo também ter ocorrido erros na quantificação diária de etanol, por variação da capacidade dos copos e do teor alcoólico de cada bebida.

Conclusões

A maioria das mulheres neste estudo estão em risco de desenvolver problemas físicos e psicológicos a curto e longo prazo relacionados com o etanol, comprometendo a saúde e o desenvolvimento dos seus filhos. Este facto revela a importância do aconselhamento, educação e prestação de cuidados de saúde na população. Neste sentido, são necessários mais estudos de forma a melhorar os conhecimentos acerca dos padrões e consequências de consumo em STP.

Referências bibliográficas

1. Zawaira F. The burden of alcohol consumption in the African Region. WHO; 2018.
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. Standardization for alcoholic beverages in Codex. In: Joint FAO/WHO food standards programme, FAO/WHO coordinating committee for Asia; New Delhi, India. 2016.
3. Ferreira-Borges C, Rehm J, Dias S, Babor T, Parry CDH. The impact of alcohol consumption on African people in 2012: an analysis of burden of disease. Tropical Medicine & International Health. 2016; 21(1):52-60.
4. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005.
5. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care. 2nd ed.: World Health Organization; 2001.
6. Babor T, Campbell R, Room R, Saunders J. Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Geneva: World Health Organization; 1994.
7. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2018. [citado em: 05/07/2018]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f2041060050>.
8. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham, K., Rehn T, et al. Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: WHO; 2004.
9. World Health Organization. Global status report on alcohol. 2004

10. Mamluk L, Edwards HB, Savović J, Leach V, Jones T, Moore THM, et al. Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently "safe" levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*. 2017; 7
11. American Academy of Pediatrics. Healthy Children- Alcohol and Breast Milk. 2012. [atualizado em: 1/17/2013]. Disponível em: <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/breastfeeding/Pages/Alcohol-Breast-Milk.aspx>.
12. Ministry of Health. Alcohol and Pregnancy: A practical guide for health professionals. Wellington: Ministry of Health; 2010.
13. World Health Organization. Alcohol per capita consumption. 2016. [atualizado em: 2018-04-12]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-5-viz?lang=en>.
14. World Health Organization. Global Status report on alcohol and health. 2014.
15. Ferreira-Borges C, Parry CDH, Babor TF. Harmful Use of Alcohol: A Shadow over Sub-Saharan Africa in Need of Workable Solutions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017
16. United Nations Development Programme. Human Development Report 2016. New York, USA; 2016.
17. UNICEF. Análise da situação das crianças e das mulheres em São Tomé e Príncipe em 2015. Análise baseada nos Direitos Humanos de acordo com uma abordagem de equidade. 2016

18. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, FAO. Preparação à terceira conferência internacional sobre o desenvolvimento sustentável dos pequenos estados insulares em desenvolvimento, Ápia, Samoa 2014- Relatório Nacional. 2013.
19. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2018. [citado em: 11/07/2018]. GBD country profiles: Sao Tome and Principe. Disponível em: <http://www.healthdata.org/sao-tome-and-principe>.
20. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. GBD profile: São Tomé and Príncipe. University of Washington: IHME. Disponível em: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gb_d_country_report_s%C3%A3o_tom%C3%A9_and_pr%C3%ADncipe.pdf.
21. Ministério da saúde e dos assuntos sociais. Política de Nutrição e Alimentação (2013-2024). Direção dos cuidados de saúde, Programa Nacional de Nutrição. 2014.
22. Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde. Inquérito Demográfico e Sanitário, São Tomé e Príncipe, IDS STP, 2008-2009. Calverton, Maryland, USA: INE; 2010.
23. National Institute of Statistics, UNICEF. Sao Tome and Principe Multiple Indicator Cluster Survey 2014. Final Report. São Tomé, São Tomé e Príncipe; 2016. Disponível em: <http://www.ine.st/mics.html>.
24. Vaz IJM. Exposição aos álcoois nos períodos de gestação e aleitamento materno e o estado nutricional de crianças dos 6 aos 59 meses de idade residentes no distrito de Cantagalo em São Tomé e Príncipe. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; 2014.

25. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). O consumo de álcool na gravidez. 2015
26. World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. 2000
27. Stewart A, Marfell-Jones M, Olds T, De Ridder J. International Standards for Anthropometric Assessment. 2011.
28. World Health Organization. Global Database on Body Mass Index- an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition. 2006. [atualizado em: 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>.
29. World Health Organization. Training course on child growth assessment. Interpreting growth indicators. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/training/module_c_interpreting_indicators.pdf?ua=1.
30. Tearne E, Cox K, Giglia R. Patterns of alcohol intake of pregnant and lactating women in rural western Australia. Matern Child Health. 2017; 21:2068-77.
31. Tay RY, Wilson J, McCormack C, Allsop S, Najman J, Burns L, et al. Alcohol consumption by breastfeeding mothers: Frequency, correlates and infant outcomes. Drug and Alcohol review. 2017; 36:667-76.
32. US Department of Health and Human Services. A 2005 Message to Women from the S. Surgeon General: Advisory on Alcohol Use in Pregnancy. Washington, DC; 2005.


33. Sbrana M, Grandi C, Brazan M, Junquera N, Nascimento MS, Barbieri MA, et al. Alcohol consumption during pregnancy and perinatal results: a cohort study Sao Paulo Med J 2016; 134(2):146-52.
34. Haastrup MB, Pottegard A, Damkier P. Alcohol and Breastfeeding. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology. 2014(114):168-73.
35. May PA, Hasken JM, Blankenship J, Marais AS, Joubert B, Cloete M, et al. Breastfeeding and maternal alcohol use: Prevalence and effects on child outcomes and fetal alcohol spectrum disorders. Reproductive Toxicology 2016; 63:13-21.
36. Giglia RC. Alcohol and lactation: An updated systematic review. Nutrition & Dietetics. 2010; 67(4):237-43.
37. Little RE, Northstone K, Golding J, ALSPAC Study Team. Alcohol, Breastfeeding, and Development at 18 Months. Pediatrics. 2002; 109(5)
38. Parry CDH. Alcohol Problems in Developing Countries: Challenges for the New Millennium. Suchtmed. 2000; 2(4):216-20.
39. Instituto Nacional de Estatística, UNICEF. Inquérito ao Indicadores Múltiplos, São Tomé e Príncipe, MICS-STP, 2014, Principais Resultados. São Tomé, São Tomé e Príncipe: INE e UNICEF; 2015.

Anexos

Índice de anexos

Anexo A- Autorização da realização do questionário	23
Anexo B- Questionário aplicado para recolha de dados	25
Anexo C- Questionário aplicado com referências bibliográficas.....	28
Anexo D- Características sociodemográficas das mulheres inquiridas	31
Anexo E- Caracterização do consumo de bebidas alcoólicas	33
Anexo F- Características das grávidas.....	36
Anexo G- Características das lactantes	37

Anexo A- Autorização da realização do questionário



São Tomé e Príncipe, 21 de março de 2018

Assunto: Autorização para a realização de questionários no distrito de Cantagalo

Exma. Sra. Delegada de Saúde da área de Cantagalo,

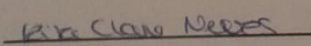
Eu, Rita Correia de Oliveira Clare Neves, estagiária da ONGD Helpeo, estou a realizar o último ano da licenciatura em Ciências da Nutrição, na Universidade do Porto, e encontro-me em São Tomé e Príncipe a realizar o meu estágio curricular.

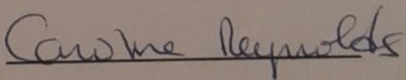
Na sequência do estágio, estou a escrever a minha tese de licenciatura, que consiste num trabalho de investigação, cujo objetivo é avaliar o consumo de álcool e os seus determinantes em mulheres grávidas, não grávidas e lactantes. Para esse efeito, pretendo aplicar um breve questionário no distrito de Cantagalo e recolher dados de peso e altura, de modo a reunir dados úteis para o meu trabalho.


Nesta sequência, gostaria de pedir a sua excelência que me conceda a autorização para realizar um teste piloto a cerca de 10 cuidadores e, finalizada esta fase, aplicar o questionário e recolher os referidos dados nos postos de saúde e comunidades.

Agradeço desde já a sua atenção e fico a aguardar por uma resposta breve.

Com os melhores cumprimentos,


Rita Clare Neves
(Nutricionista estagiária)


Dra. Carolina Reynolds
(Coordenadora do PANMI em
São Tomé e Príncipe)


o nosso mundo é humano.

Eu, Liliana Almeida, autorizo a aplicação do questionário e recolha de dados antropométricos no distrito de Cantagalo, no âmbito do trabalho de investigação, cujo objetivo é avaliar o consumo de álcool e os seus determinantes em mulheres grávidas, não grávidas e lactantes.

Liliana Almeida
(Delegada de Saúde)

Caroline Reynolds
(Coordenadora do PANMI em São Tomé e Príncipe)

Rita Clara Nunes
(Nutricionista estagiária)

D. Questionário de frequência alimentar

Bebida	Frequência média (D_1)							Quantidade média (D_2)	
	≥ 4 vezes/ dia (1)	2-3 vezes/ dia (2)	1 vez /dia (3)	2-3 vezes/ sem (4)	1 vez/ mês (5)	< 1 vez/ mês (6)	Nunca (7)	Porção média	Quantidade
Cerveja (Superbowl, Sagres) (D1_1)								Garrafa (330 ml)	802-9
Cerveja Nacional (D1_2)								Garrafa (500 ml)	802-21
Vinho da palma doce (D1_3)									802-31
Vinho da palma Rijo (D1_4)								Copo (500 ml)	802-31
Cacharamba (D1_5)								Cálice (40 ml)	802-4
Vinho branco (D1_6)									802-81
Vinho tinto (D1_7)								Copo (150 ml)	802-81
Amarula (D1_8)									802-21
Outras (licor, gravanha, conhaque, vodka, whiskey, rum) (D1_9)									802-81

1. Com que frequência consome 5 ou mais bebidas numa ocasião?

☐ 1) Nunca ☐ 2) Menos que 1 vez por mês ☐ 3) Mensalmente ☐ 4) Semanalmente ☐ 5) Diariamente

E. Conhecimentos, atitudes e determinantes do consumo de álcool

1.

	Sim (1)	Não (2)
O consumo de álcool durante a gravidez/ amamentação tem efeitos positivos no feto/bebé (E1_1)		
O consumo de álcool durante a gravidez/ amamentação tem efeitos negativos no feto/bebé (E1_2)		
Há bebidas que fazem bem e outras que fazem mal (E1_3)		
O álcool que a mãe bebe passa para o bebé na barriga/ no leite (E1_4)		

2. Quantos copos de uma qualquer bebida alcoólica acha que fazem bem ao bebé?

☐ 1) 0 copos ☐ 2) 1 copo ☐ 3) 2 copos ☐ 4) 3-6 copos ☐ 5) 7-10 copos

3. Tem conhecimento de algumas consequências do consumo de álcool? ☐ 1) sim ☐ 2) Não

3.1. Se sim:

- ☐ 1) Síndrome alcoólica fetal
- ☐ 2) Diminuição do leite materno
- ☐ 3) Alteração do sabor, odor e aroma do leite materno
- ☐ 4) Alteração dos ciclos de sono do bebé
- ☐ 5) Aumento da probabilidade de abortos
- ☐ 6) Outra. Qual?

2.4. Porque motivo deixou de beber? (→ seguir para tema E)

- ☐ 1) Aconselhada por familiar/amigo/médico/enfermeiro
- ☐ 2) Sabe que o álcool é prejudicial para a saúde da criança
- ☐ 3) Outro (s). Qual (as):

2.5. Porque motivo iniciou o consumo de álcool nesta fase? (→ ir para 2.7.)

2.6. Mesmo continuando a consumir álcool, mudou a quantidade/frequência de consumo:

- (B2_6_1) - Frequência: ☐ 1) Aumentou ☐ 2) Não mudou nada ☐ 3) Diminuiu
- (B2_6_2) - Quantidade: ☐ 1) Aumentou ☐ 2) Não mudou nada ☐ 3) Diminuiu

2.7. Relativamente ao momento da amamentação, quando costuma consumir álcool? (→ ir para tema D)

- ☐ 1) Imediatamente antes ☐ 2) A seguir a dar de mamar ☐ 3) Não pensa nisso

C. Gravidez

1. Sabendo que está grávida:

1.1. Há quanto tempo está grávida? _____ meses _____ semanas

1.2. Quando engravidou, queria:

- ☐ 1) Ficar grávida naquele momento ☐ 2) Esperar mais ☐ 3) Não queria ficar grávida

1.3. Já fez alguma consulta pré-natal? ☐ 1) sim. Quantas? _____ ☐ 2) Não

2. Relativamente ao consumo de álcool:

2.1. Atualmente, costuma consumir álcool? ☐ 1) sim ☐ 2) Não

2.2. Antes de saber que estava grávida consumia álcool? ☐ 1) sim ☐ 2) Não

Peso no início da gravidez:

Peso atual:

Se respondeu Não
(2.1.) e Não (2.2.)
passar para Tema E

Se respondeu Não
(2.1.) e Sim (2.2.)
passar para questão
2.3.

Se respondeu Sim (2.1.)
e Sim (2.2.) passar para
questão 2.5.

2.3. Porque motivo deixou de beber quando soube que estava grávida? (→ seguir para tema E)

- ☐ 1) Aconselhada por familiar/amigo/médico/enfermeiro
- ☐ 2) Sabe que o álcool é prejudicial para a saúde do feto
- ☐ 3) Outro (s). Qual (as):

2.4. Porque motivo iniciou o consumo de álcool nesta fase? (→ seguir para 2.6.)

2.5. Mesmo continuando a consumir álcool, mudou a quantidade/frequência de consumo: (→ seguir para 2.6.)

- (C_5_1) - Frequência: ☐ 1) Aumentou ☐ 2) Não mudou nada ☐ 3) Diminuiu
- (C_5_2) - Quantidade: ☐ 1) Aumentou ☐ 2) Não mudou nada ☐ 3) Diminuiu

2.6. Momento de ingestão ao longo da gravidez: ☐ 1) 1º trimestre ☐ 2) 2º trimestre ☐ 3) 3º trimestre
(→ seguir para tema D)

D. Questionário de frequência alimentar

Bebida	Frequência média (D_1)						Quantidade média (D_2)	
	2-4 vezes/ dia (a)	2-3 vezes/ dia (a)	1 vez/ dia (a)	1 vez/ dia (a)	2-3 vezes/ semana (a)	< 1 vez/ mês (a)	Nunca (a)	Porção média
Cerveja (Superbock, Sagres) (D1_1)								
Cerveja Nacional (D1_2)								Garrafa (330 ml)
Vinho da palma Doce (D1_3)								Garrafa (500 ml)
Vinho da palma Branco (D1_4)								Copo (500 ml)
Cacharamba (D1_5)								Cálica (40 ml)
Vinho branco (D1_6)								Copo (150 ml)
Vinho tinto (D1_7)								
Amanida (D1_8)								
Outras (licor, gravaninha, conhaque, vodka, whiskey, rum) (D1_9)								

1. Com que frequência consome 5 ou mais bebidas numa ocasião?
___ | (a) Nunca ___ | (a) Menos que 1 vez por mês ___ | (a) Mensalmente ___ | (a) Semanalmente ___ | (a) Diariamente

E. Conhecimentos, atitudes e determinantes do consumo de álcool

1.

	Sim (a)	Não (a)
O consumo de álcool durante a gravidez/ amamentação tem efeitos positivos no feto/bebé (E1_1)		
O consumo de álcool durante a gravidez/ amamentação tem efeitos negativos no feto/bebé (E1_2)		
Há bebidas que fazem bem e outras que fazem mal (E1_3)		
O álcool que a mãe bebe passa para o bebé na barriga/ no leite (E1_4)		

2. Quantos copos de uma qualquer bebida alcoólica acha que fazem bem ao bebé?
___ | (a) 0 copos ___ | (a) 1 copo ___ | (a) 2 copos ___ | (a) 3-6 copos ___ | (a) 7-10 copos

3. Tem conhecimento de algumas consequências do consumo de álcool? ___ | (a) sim ___ | (a) Não

3.1. Se sim:

- ___ | (a) Síndrome alcoólica fetal
- ___ | (a) Diminuição do leite materno
- ___ | (a) Alteração do sabor, odor e aroma do leite materno
- ___ | (a) Alteração dos ciclos de sono do bebé
- ___ | (a) Aumento da probabilidade de abortos
- ___ | (a) Outra. Qual? _____

Anexo C- Questionário aplicado com as referências bibliográficas

7. Ocupação:¹

☐ Ativo ☐ Estudante ☐ Desempregada ☐ Trabalhadora estudante

8. Profissão atual/mais recente:

☐ Empresa ☐ Agricultura/roça ☐ E do marido/companheiro:

☐ Funcionária do estado ☐ Comércio ☐ Funcionário do estado ☐ Empresa ☐ Agricultura/roça

☐ Vinhateira ☐ Doméstica ☐ Vinhateiro ☐ Comércio ☐ Motoqueiro

☐ Outra. Qual? _____

9. Origem da água que utilizam para beber:²

☐ Água canalizada ☐ Água chafariz ☐ Ribeira/rio ☐ Água mineral

10. Faz algum tratamento à água? ☐ sim ☐ Não²

Se sim, que tipo de tratamento utiliza? ☐ Ferver ☐ Desinfetar (lixívia)

11. Que refeições faz diariamente?³

☐ Mata-bicho ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço

☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia ☐ Outra. Qual? _____

12. Atualmente está grávida? ☐ sim ☐ Não ☐ Não tem a certeza/Não sabe³

13. Ainda está a amamentar? ☐ sim ☐ Não³

Se não: Porque deixou de amamentar?³

☐ Mãe doente/debilitada ☐ Filho/a doente ☐ Mãe trabalha

☐ Filho recusou ☐ Ficou grávida ☐ Leite sujo

☐ Problema nos seios ☐ Leite seco/insuficiente

☐ Por conselho ☐ Outra. Qual? _____

13.2. Que idade tinha o seu filho quando desmamou? _____ Anos _____ Meses _____ Semanas

B. Alimentação

1. Sabendo que está a amamentar:

1.1. Após o nascimento, quando é que o seu filho mamou pela primeira vez?⁴

☐ Imediatamente ☐ Horas ☐ Dias ☐ Não se lembra

1.2. Qual o intervalo de tempo entre mamadas? ☐ < 2 horas ☐ ≥ 2 horas ☐ Não sei⁵

1.3. Faz amamentação exclusiva? ☐ sim ☐ Não⁶

1.4. Já deu ao bebé algum alimento ou bebida que não fosse leite materno? ☐ sim ☐ Não⁷

¹ Adaptado de: Vaz IM. Exposição aos álcool nos períodos de gestação e aleitamento materno e o estado nutricional de crianças dos 6 aos 59 meses de idade residentes no distrito de Cantagalo em São Tomé e Príncipe. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; 2014.

² Adaptado de: Instituto Nacional de Estatística (INE) [São Tomé e Príncipe] MdS, e ICF Macro. Inquérito Demográfico e Sanitário, São Tomé e Príncipe, IDS STP, 2008-2009. Calverton, Maryland, USA: INE; 2010.; Estatística IND. Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014 de São Tomé e Príncipe, Relatório final. São Tomé, São Tomé e Príncipe; 2016.

³ Adaptado de: Estatística IND. Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014 de São Tomé e Príncipe, Relatório final. São Tomé, São Tomé e Príncipe; 2016.

⁴ Adaptado de: Instituto Nacional de Estatística (INE) [São Tomé e Príncipe] MdS, e ICF Macro. Inquérito Demográfico e Sanitário, São Tomé e Príncipe, IDS STP, 2008-2009. Calverton, Maryland, USA: INE; 2010.

⁵ Adaptado de: (SICAD) SolInCAend. O consumo de álcool na gravidez. 2015

⁶ Adaptado de Estatística IND. Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014 de São Tomé e Príncipe, Relatório final. São Tomé, São Tomé e Príncipe; 2016.

⁷ Adaptado de: Instituto Nacional de Estatística (INE) [São Tomé e Príncipe] MdS, e ICF Macro. Inquérito Demográfico e Sanitário, São Tomé e Príncipe, IDS STP, 2008-2009. Calverton, Maryland, USA: INE; 2010.; Estatística IND. Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014 de São Tomé e Príncipe, Relatório final. São Tomé, São Tomé e Príncipe; 2016.



Questionário para avaliação do consumo, atitudes e conhecimentos relativamente às bebidas alcoólicas em grávidas, não grávidas e lactantes

O presente questionário foi elaborado no âmbito do estágio curricular do 1º ciclo de estudos de Ciências da Nutrição da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, tendo como objetivo avaliar o consumo de álcool e os seus determinantes em mulheres grávidas, não grávidas e lactantes. A sua participação é voluntária e pode desistir a qualquer momento. Garantimos a total confidencialidade da informação recolhida, sendo os respectivos resultados utilizados apenas para fins estatísticos.

Agradecemos desde já a sua colaboração e o tempo concedido. Aceita participar?

<p>Código: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Inquiridor: _____</p>	<p>Dados antropométricos (recolher o mais apropriado de acordo com o inquirido):</p> <p>Peso à nascença: ____ kg</p> <p>Peso: ____ kg (Filho) ____ kg (Mãe)</p> <p>Altura: ____ cm (Filho) ____ cm (Mãe)</p> <p>IMC (mãe): _____</p>
---	--

A. Dados sociodemográficos

- Comunidade: _____
- Data de nascimento: ____/____/____ (Mãe) ____/____/____ (Filho)
- Agregado familiar (com quem vive): _____
- Já teve algum filho? ☐ sim ☐ Não¹
 - Se sim, quantos teve? ____ filhos. Que idades têm? _____
 - Todos os filhos vivem consigo? ☐ sim ☐ Não
 - Todos os filhos são do mesmo pai? ☐ sim ☐ Não. Se não, qual é o número de pais? _____
 - Teve alguma gravidez que terminou em aborto espontâneo nado-morto?
- Estado matrimonial/ civil: ¹

☐ Casada/união de facto ☐ Viúva

☐ Divorciada/separada ☐ Nunca casada/ nunca viveu em união de facto
- Escolaridade: ¹

☐ Sem escolaridade

☐ Pré-escolar

☐ 1º ciclo do ensino básico (até à 4ª classe)

☐ 2º ciclo do ensino básico (5-6ª classes)

☐ 3º ciclo do ensino básico (7-9ª classe)

☐ Secundário (10-12ª classes)

☐ Superior

Atualmente está a frequentar algum estabelecimento de ensino?¹

☐ sim ☐ Não

¹ Adaptado de: Instituto Nacional de Estatística (INE) [São Tomé e Príncipe] MdS, e ICF Macro. Inquérito Demográfico e Sanitário, São Tomé e Príncipe, IDS STP, 2008-2009. Calverton, Maryland, USA: INE; 2010.; Estatística IND. Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014 de São Tomé e Príncipe, Relatório final. São Tomé, São Tomé e Príncipe; 2016.

O consumo de álcool durante a gravidez/ amamentação tem efeitos positivos no feto/bebé ¹			
O consumo de álcool durante a gravidez/ amamentação tem efeitos negativos no feto/bebé ¹			
Há bebidas que fazem bem e outras que fazem mal ¹			
O álcool que a mãe bebe passa para o bebé na barriga/ no leite			

2. Quantos copos de uma qualquer bebida alcoólica acha que fazem bem ao bebé?¹

☐ 0 copos ☐ 1 copo ☐ 2 copos ☐ 3-6 copos ☐ 7-10 copos

3. Tem conhecimento de algumas consequências do consumo de álcool? ☐ Sim ☐ Não

3.1. Se sim:

- ☐ Síndrome alcoólico fetal
- ☐ Diminuição do leite materno
- ☐ Alteração do sabor, odor e aroma do leite materno
- ☐ Alteração dos ciclos de sono do bebé
- ☐ Aumento da probabilidade de abortos
- ☐ Outra. Qual? _____

3.2. Se sim, obtenve essa informação a partir de/das:

- ☐ Equipa de saúde/profissional de saúde
- ☐ Familiares/Vizinhos
- ☐ Rádio/ televisão/ revistas/ jornais
- ☐ Escola
- ☐ Cartazes/brochuras nas unidades sanitárias
- ☐ Outra. Qual? _____

4. Que motivos a levam a consumir bebidas alcoólicas?

- ☐ Gosto de beber/do sabor
- ☐ É doce, por isso posso beber
- ☐ Familiares e amigos bebem
- ☐ Momentos de lazer com familiares e amigos
- ☐ Elevado acesso (profissão, produção local, preço)
- ☐ Para ter "sangue forte"
- ☐ Dá força ao bebé
- ☐ Familiares/Amigos/ Vizinhos dão
- ☐ Desocupação
- ☐ Quando têm dinheiro
- ☐ Marido trocou-as/ deixou-as
- ☐ Crença: eliminar o espírito
- ☐ Outro (s). Qual (nis)? _____

5. Relativamente ao ambiente familiar:¹

5.1. Em comparação consigo, o seu companheiro (quem vive consigo) bebe:

☐ Mais ☐ A mesma quantidade ☐ Menos ☐ Não bebe

5.2. Qual a opinião das pessoas que conhece (família, companheiro e amigos) relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez/amamentação?

☐ Concordam ☐ Não concordam nem discordam ☐ Discordam

6. Nível de dificuldade quanto a não beber bebidas alcoólicas durante a gravidez/amamentação:²

☐ Muito fácil ☐ Fácil ☐ Nem fácil nem difícil ☐ Difícil ☐ Muito difícil

7. Já alguma vez deu alguma bebida alcoólica ao seu filho? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quantas vezes deu? ☐ 1 vez ☐ 1-2 vezes ☐ >2 vezes

8. Já deu contra ao seu filho? ☐ Sim ☐ Não

9. Que idade tinha o seu filho quando deu bebidas contendo álcool pela primeira vez? ____ Anos ____ Meses
Semanas ____ Dias

10. Qual o tipo de bebida que habitualmente dá ao seu filho?

☐ Cerveja ☐ Cacharamba ☐ Vinho branco ☐ Vinho da palma Doce
☐ Vinho da palma Rijo ☐ Vinho tinto ☐ Outra(s). Qual(ais)? _____

11. Com que frequência costuma dar bebidas alcoólicas?

☐ Mais que uma vez por dia ☐ Uma vez por dia ☐ Mensalmente ☐ Em dias festivos
☐ Semanalmente

12. Em que momentos é que fornece bebidas alcoólicas ao seu filho?

☐ Para o bebé ficar forte ☐ Para o sangue
☐ Para acalmar o bebé ☐ Para parar de chorar
☐ Quando vai sair à noite ☐ Quando não tem comida em casa
☐ Familiares/Amigos/ Vizinhos costumam dar ☐ Para não pensar na mama
☐ Para celebrar em dias de festa ☐ Outro(s). Qual(ais)? _____

¹ Adaptado de: (SICAD) SdInCAenD. O consumo de álcool na gravidez. 2015

² Adaptado de: (SICAD) SdInCAenD. O consumo de álcool na gravidez. 2015

Anexo D- Características sociodemográficas das mulheres inquiridas

Tabela 1 | Características sociodemográficas de 75 mulheres grávidas, lactantes ou em idade fértil santomenses

	Consumo de bebidas alcoólicas									
	Grávidas (n=25)	Lactantes (n=25)	Idade fértil (n=25)	p	Sim (n=59)	Não (n=16)	p	Sem/baixo risco (n=26)	Médio/alto risco (n=33)	p
Idade, anos, mediana (AIQ)	22,0 (15,0)	25,9 (11,0)	25,9 (15,0)	0,188*	29,0 (12,0)	21,0 (7,0)	0,002*	28,5 (12,0)	29,5 (14)	0,476*
Local de residência, n (%)										
Com unidade sanitária	9 (36,0)	8 (32,0)	9 (36,0)	0,943†	20 (33,9)	6 (37,5)	0,788†	11 (42,3)	9 (27,3)	0,226†
Sem unidade sanitária	16 (64,0)	17 (68,0)	16 (64,0)		39 (66,1)	10 (62,5)		15 (57,7)	24 (72,7)	
Escolaridade, n (%)										
Sem escolaridade	1 (4,0)	3 (12,0)	2 (8,0)	0,733†	5 (8,5)	1 (6,3)	0,004†	1 (3,8)	4 (12,1)	0,430†
1º e 2º ciclos do ensino básico	14 (56,0)	13 (52,0)	17 (68,0)		40 (67,8)	4 (25,0)		17 (65,4)	23 (69,7)	
3º ciclo do ensino básico	6 (24,0)	7 (28,0)	5 (20,0)		11 (18,6)	7 (43,8)		7 (26,9)	4 (12,1)	
Secundário e superior	4 (16,0)	2 (8,0)	1 (4,0)		3 (5,1)	4 (25,0)		1 (3,8)	2 (6,1)	
Estado matrimonial, n (%)										
Casada/união de facto	24 (96,0)	23 (92,0)	20 (80,0)	0,257†	53 (89,8)	14 (87,5)	0,676†	23 (88,5)	30 (90,9)	1,000†
Divorciada/separada/viúva/solteira	1 (4,0)	2 (8,0)	5 (20,0)		6 (10,2)	2 (12,5)		3 (11,5)	3 (9,1)	
Atividade profissional, n (%)										
Sim	7 (28,0)	9 (36,0)	15 (60,0)	0,172†	27 (45,8)	4 (25,0)	0,002†	11 (42,3)	16 (48,5)	0,636†
Não	16 (64,0)	15 (60,0)	9 (36,0)		32 (54,2)	8 (50,0)		15 (57,7)	17 (51,5)	
Estudante	2 (8,0)	1 (4,0)	1 (4,0)		0 (0,0)	4 (25,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Agregado familiar, n, mediana (AIQ)	4 (3)	5 (3)	4 (3)	0,090*	4,0 (3,0)	3,0 (3,0)	0,104*	5,0 (3,0)	4,0 (2,0)	0,423*
Número de refeições efetuadas, n, mediana (AIQ)	4 (1)	3 (2)	4 (2)	0,001*	4,0 (2,0)	3,5 (2,0)	0,607*	4,0 (2,0)	4,0 (2,0)	0,534*
Origem da água para bebida, n (%)										
Água canalizada	3 (12,0)	4 (16,0)	1 (4,0)	0,007†	5 (8,5)	3 (18,8)	0,299†	2 (7,7)	3 (9,1)	0,907†
Chafariz/tanque	22 (88,0)	13 (52,0)	20 (80,0)		43 (72,9)	12 (75,0)		20 (76,9)	23 (69,7)	
Ribeira/rio	0 (0,0)	8 (32,0)	4 (16,0)		11 (18,6)	1 (6,3)		4 (15,4)	7 (21,2)	
Água mineral	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Paridade, n (%)										
Nuliparidade	8 (32,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	0,001†	4 (6,8)	5 (31,3)	0,018†	3 (11,5)	1 (3,0)	0,311†
Multiparidade	17 (68,0)	25 (100,0)	24 (96,0)		55 (93,2)	11 (68,8)		23 (88,5)	32 (97,0)	
Aborto espontâneo ou nado-morto, n (%)†										
Sim	11 (44,0)	6 (37,5)	7 (33,3)	0,756†	21 (43,8)	3 (21,4)	0,131†	10 (50,0)	11 (39,3)	0,461†
Não	14 (56,0)	10 (62,5)	14 (66,7)		27 (56,3)	11 (78,6)		10 (50,0)	17 (60,7)	
Peso, kg, média (db)²	NA	60,3 (12,1)	61,8 (10,5)	0,695†	60,6 (10,1)	53,7 (8,9)	0,108†	61,0 (13,4)	60,2 (6,0)	0,526†

Tabela 1| Continuação

Altura, cm, média (dp) ³		NA	159,6 (6,2)	159,8 (7,4)	0,918 [#]	159,7 (6,1)	160,6 (9,6)	0,853 [#]	158,4 (6,7)	161,0 (5,4)	0,251 [#]
Índice de Massa Corporal, kg/m ² , média (dp) ³		NA	23,5 (4,8)	23,3 (3,5)	0,877 [#]	23,8 (4,1)	20,7 (1,3)	0,104 [#]	24,4 (5,4)	23,3 (2,6)	0,501 [#]
Índice de Massa Corporal, kg/m ² , n (%) ³											
Baixo peso (<18,50 kg/m ²)		NA	2 (12,5)	0 (0,0)	0,065 [†]	2 (6,9)	0 (0,0)	0,809 [†]	1 (7,1)	1 (6,7)	0,284 [†]
Normoponderal (18,50-24,99kg/m ²)		NA	8 (50,0)	13 (81,3)		18 (62,1)	5 (100,0)		7 (50,0)	11 (73,3)	
Pré-obesidade (25,00- 29,99 kg/m ²)		NA	5 (31,3)	1 (6,3)		6 (20,7)	0 (0,0)		3 (21,4)	3 (20,0)	
Obesidade (≥ 30,00 kg/m ²)		NA	1 (6,3)	2 (12,5)		3 (10,3)	0 (0,0)		3 (21,4)	0 (0,0)	
Filho	Peso, kg, média (dp) ⁴	11,8 (2,5)	7,1 (1,9)	11,2 (2,3)	<0,001	9,3 (3,1)	9,1 (2,9)	0,224 ^{***}	8,9 (2,0)	9,6 (3,6)	0,539 ^{***}
	Altura, cm, média (dp) ⁵	88,8 (7,8)	68,2 (8,4)	83,7 (11,4)	<0,001	77,5 (11,9)	72,6 (11,9)	0,396 ^{***}	75,7 (8,0)	78,7 (14,0)	0,434 ^{***}
	DC ₁ ⁵ , n (%)	Moderada	1 (14,3)	5 (31,3)		9 (22,5)	0 (0,0)		6 (37,5)	3 (12,5)	0,238 [†]
		Severa	0 (0,0)	3 (18,8)	0,386 [†]	5 (12,5)	0 (0,0)	0,603 [†]	2 (12,5)	3 (12,5)	
	DA ₁ ⁵ , n (%)	Moderada	2 (28,6)	2 (9,1)		4 (10,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	4 (16,7)	0,257 [†]
		Severa	0 (0,0)	3 (13,6)	0,079 [†]	3 (7,5)	0 (0,0)	1,000 [†]	1 (6,3)	2 (8,3)	
	IP ₁ ⁵ , n (%)	Moderada	1 (14,3)	4 (16,0)		8 (19,0)	0 (0,0)		3 (16,7)	5 (20,8)	1,000 [†]
		Severa	0 (0,0)	3 (12,0)	0,739 [†]	3 (7,1)	0 (0,0)	0,579 [†]	1 (5,6)	2 (8,3)	
	Peso à nascença, kg, mediana (AIQ) ⁶	3,1 (?)	3,1 (0,5)	3,3 (0,5)	0,280 [*]	3,1 (0,6)	3,0 (0,5)	0,567 [*]	3,2 (0,6)	3,1 (0,5)	0,067 [*]
	Baixo peso à nascença (< 2500g), n (%) ⁶	0 (0,0)	3 (13,0)	2 (16,7)	1,000 [†]	5 (16,1)	0 (0,0)	1,000 [†]	2 (11,8)	3 (21,4)	0,636 [†]

*Prova de Kruskal-Wallis e prova de Mann-Whitney; [†]Prova Exata de Fisher; [‡]Prova Qui-Quadrado; [#]Prova One-way ANOVA

¹ 13 respostas omissas (n=62); ² 35 casos omissos (25 grávidas+10 missing; n=40); ³ 41 casos omissos (25 grávidas+16 missing; n=34); ⁴ 26 casos omissos (23 mães sem filhos+3 missing; n=49); ⁵ 30 casos omissos (23 mães sem filhos+7 missing; n=45); ⁶ 39 casos omissos (23 mães sem filhos+16 missing; n=36)

Anexo E- Caracterização do consumo de bebidas alcoólicas

Tabela 2| Quantificação do consumo de álcool e caracterização dos fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas em mulheres grávidas, lactantes e em idade fértil, categorizadas em consumidoras e não consumidoras e de acordo com os níveis de consumo.

	Consumo de bebidas alcoólicas									
	Grávidas (n=25)	Lactantes (n=25)	Idade fértil (n=25)	P	Sim (n=59)	Não (n=16)	P	Sem/baixo risco (n=26)	Médio/alto risco (n=33)	P
Consumo										
Consumo de bebidas alcoólicas, n (%)										
Sim	18 (72,0)	19 (76,0)	22 (88,0)	0,356 [†]	-	-	-	-	-	-
Não	7 (28,0)	6 (24,0)	3 (12,0)		-	-	-	-	-	-
Consumo de bebidas alcoólicas, g álcool puro/dia, mediana (AIQ)										
Consumo de bebidas alcoólicas, n (%)	21,0 (36,2)	21,0 (35,6)	31,4 (39,8)	0,842*	-	-	-	-	-	-
Consumo de bebidas alcoólicas, n (%)										
Baixo risco (1-20g álcool puro/dia)	7 (38,9)	8 (42,1)	8 (38,4)	0,998 [†]	-	-	-	-	-	-
Médio risco (21-40g álcool puro/dia)	5 (27,8)	6 (31,6)	7 (31,8)		-	-	-	-	-	-
Alto risco (> 40g álcool puro/dia)	5 (27,8)	4 (21,1)	6 (27,3)		-	-	-	-	-	-
Frequência de consumo, n (%) [†]										
Diariamente	11 (61,1)	10 (52,6)	14 (63,6)	0,424 [†]	-	-	-	4 (15,4)	31 (93,9)	<0,001 [†]
Semanalmente	7 (38,9)	6 (31,6)	5 (22,7)		-	-	-	16 (61,5)	2 (6,1)	
Mensalmente	0 (0,0)	3 (15,8)	3 (13,6)		-	-	-	6 (23,1)	0 (0,0)	
Consumo de 5 ou mais bebidas numa ocasião (binge drinking), n (%) [‡]										
Sim	6 (35,3)	7 (63,6)	7 (38,9)	0,335 [†]	-	-	-	1 (5,6)	19 (67,9)	<0,001 [†]
Não	11 (64,7)	4 (38,4)	11 (61,1)		-	-	-	17 (94,4)	9 (32,1)	
Frequência de consumo de 5 ou mais bebidas numa ocasião (binge drinking), n (%) [‡]										
Nunca	11 (64,7)	4 (38,4)	11 (61,1)	0,441 [†]	-	-	-	17 (94,4)	9 (32,1)	<0,001 [†]
Menos que uma vez por mês	1 (5,9)	0 (0,0)	2 (11,1)		-	-	-	1 (5,6)	2 (7,1)	
Mensalmente	2 (11,8)	2 (18,2)	0 (0,0)		-	-	-	0 (0,0)	4 (14,3)	
Semanalmente	2 (11,8)	3 (27,3)	4 (22,2)		-	-	-	0 (0,0)	9 (32,1)	
Diariamente	1 (5,9)	2 (18,2)	1 (5,6)		-	-	-	0 (0,0)	4 (14,3)	
Conhecimentos										
O consumo de álcool durante a gravidez/amamentação tem efeitos positivos no feto/bebé, n (%)										
Sim	0 (0,0)	4 (18,0)	0 (0,0)	0,011 [†]	4 (6,8)	0 (0,0)	0,843 [†]	2 (7,7)	2 (6,1)	0,882 [†]
Não	20 (80,0)	20 (80,0)	24 (96,0)		49 (83,1)	15 (93,8)		22 (84,6)	27 (81,8)	
Não sei	5 (20,0)	1 (4,0)	1 (4,0)		6 (10,2)	1 (6,3)		2 (7,7)	4 (12,1)	
O consumo de álcool durante a gravidez/amamentação tem efeitos negativos no feto/bebé, n (%)										
Sim	22 (88,0)	21 (87,5) [‡]	25 (100,0)	0,078 [†]	53 (91,4) [‡]	15 (93,8)	1,000 [†]	25 (100,0) [‡]	28 (84,8)	0,162 [†]

Tabela 2| Continuação

Não concordam nem discordam	11 (44,0)	8 (32,0)	12 (50,0)	23 (39,0)	8 (53,3)	11 (42,3)	12 (36,4)			
Discordam	7 (28,0)	10 (40,0)	8 (33,3)	21 (35,6)	4 (26,7)	8 (30,8)	13 (39,4)			
Dificuldade de não beber, <i>n</i> (%)										
Fácil	16 (64,0)	13 (54,2) ³	12 (48,0)	0,622 [†]	30 (51,7) ³	11 (68,8)	0,126 [†]	14 (42,4)	0,066 [†]	
Nem fácil nem difícil	7 (28,0)	6 (25,0)	7 (28,0)		15 (25,9)	5 (31,3)		7 (28,0)	8 (24,2)	
Difícil	2 (8,0)	5 (20,8)	6 (24,0)		13 (22,4)	0 (0,0)		2 (8,0)	11 (33,3)	
Já alguma vez deu bebidas alcoólicas ao seu filho, <i>n</i> (%) ^p										
Sim	10 (62,5)	6 (24,0)	9 (39,1)	0,048 [†]	24 (43,6)	1 (11,1)	0,078 [†]	13 (56,5)	11 (34,4)	0,102 [†]
Não	6 (37,5)	19 (76,0)	14 (60,9)		31 (56,4)	8 (88,9)		10 (43,5)	21 (65,6)	
Número de vezes que deu bebidas com álcool, <i>n</i> (%) ¹⁰										
Uma vez	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (11,1)	0,465 [†]	2 (8,3)	0 (0,0)	1,000 [†]	2 (15,4)	0 (0,0)	0,482 [†]
Duas vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)		1 (4,2)	0 (0,0)		1 (7,7)	0 (0,0)	
Mais do que duas vezes	10 (100,0)	5 (83,3)	7 (77,8)		21 (87,5)	1 (100,0)		10 (76,9)	11 (100,0)	
Idade de introdução de bebidas alcoólicas pela primeira vez, meses, mediana (AIQ)										
Idade de introdução de bebidas alcoólicas pela primeira vez, <i>n</i> (%) ¹⁰	6,5 (24,0)	4,5 (14,0)	9,0 (9,0)	0,869*	9,0 (12,0)	24 (?)	0,143*	12,0 (11,0)	1,0 (8,0)	0,035*
0-6 meses	5 (50,0)	3 (50,0)	2 (25,0) ³	0,753 [†]	10 (43,5) ³	0 (0,0)	1,000*	2 (15,4)	8 (80,0) ³	0,003*
> 6 meses	5 (50,0)	3 (50,0)	6 (75,0)		13 (56,5)	1 (100,0)		11 (84,6)	2 (20,0)	
Frequência com que dá bebidas com álcool aos filhos, <i>n</i> (%) ¹¹										
Mais do que uma vez por dia	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,943 [†]	1 (4,8)	0 (0,0)	0,273 [†]	0 (0,0)	1 (9,1)	1,000 [†]
Uma vez por dia	1 (10,0)	1 (20,0)	1 (14,3)		2 (9,5)	1 (100)		1 (10,0)	1 (9,1)	
Semanalmente	7 (70,0)	3 (60,0)	6 (85,7)		16 (76,2)	0 (0,0)		8 (80,0)	8 (72,7)	
Mensalmente	1 (10,0)	1 (20,0)	0 (0,0)		2 (9,5)	0 (0,0)		1 (10,0)	1 (9,1)	

*Prova de Kruskal-Wallis e prova de Mann-Whitney; [†]Prova Exata de Fisher; [‡]Prova Qui-Quadrado; [#]Prova One-way ANOVA¹ Percentagem em relação número total de mulheres que bebem; ²29 casos omissos (16 mulheres que não bebem+13 missing; n=46); ³1 resposta omissa; ⁴2 respostas omissas;⁵Percentagem em relação ao total de mulheres que têm conhecimento das consequências do álcool; ⁶5 casos omissos; ⁷6 casos omissos; ⁸3 casos omissos; ⁹Percentagem em relação ao total de mulheres que têm filhos (n=64); ¹⁰Percentagem em relação ao total de mulheres que já deu bebidas alcoólicas aos filhos (n=25); ¹¹Percentagem em relação ao total de mulheres que já deu bebidas alcoólicas mais do que duas vezes (n=22)

Anexo F- Características das grávidas

Tabela 3| Características demográficas, clínicas e relativas ao consumo de bebidas alcoólicas em grávidas

Consulta pré-natal, n (%)	Total (n=25)	Consumo de bebidas alcoólicas				p
		Sim (n=18)	Não (n=7)	Sem/Baixo risco (n=8)	Médio/Alto risco (n=10)	
Sim	22 (88,0)	15 (83,3)	7 (100,0)	7 (87,5)	8 (80,0)	1,000 [†]
Não	3 (12,0)	3 (16,7)	0 (0,0)	1 (12,5)	2 (20,0)	
Querida ficar grávida, n (%)						
Sim	7 (28,0)	3 (16,7)	4 (57,1)	2 (25,0)	1 (10,0)	0,559 [†]
Não	18 (72,0)	15 (83,3)	3 (42,9)	6 (75,0)	9 (90,0)	
Idade gestacional, semanas, média (dp)	22,3 (7,3)	27,6 (5,8)	23,0 (3,9)	29,6 (5,4)	25,6 (6,1)	0,360 [#]
Varição do peso, kg, média (dp) ¹	3,9 (4,1)	4,2 (3,6)	3,6 (5,2)	5,1 (3,9)	3,2 (3,4)	0,436 [#]
Consumo de álcool						
Antes de saber que estava grávida consumia bebidas alcoólicas, n (%)						
Sim	19 (76,0)	17 (94,4)	2 (28,6)	7 (87,5)	10 (100,0)	0,444 [†]
Não	6 (24,0)	1 (5,6)	5 (71,4)	1 (12,5)	0 (0,0)	
Atualmente consome bebidas alcoólicas, n (%)						
Sim	18 (72,0)	-	-	-	-	-
Não	7 (28,0)	-	-	-	-	-
Mesmo continuando a beber mudou algo, n (%) ²						
Frequência	Aumentou	0 (0,0)	-	-	0 (0,0)	1,000 [†]
	Não mudou nada	11 (68,8)	-	-	4 (66,7)	7 (70,0)
	Diminuiu	5 (31,3)	-	-	2 (33,3)	3 (30,0)
Quantidade	Aumentou	0 (0,0)	-	-	0 (0,0)	0,680 [†]
	Não mudou nada	8 (50,0)	-	-	4 (66,7)	4 (40,0)
	Diminuiu	8 (50,0)	-	-	2 (33,3)	6 (60,0)

*Prova de Kruskal-Wallis e prova de Mann-Whitney; [†]Prova Exata de Fisher; [‡]Prova Qui-Quadrado; [#]Prova One-way ANOVA¹ 9 casos omissos (n=16); ² Percentagem em relação ao total de mulheres que mantiveram o consumo antes e durante a gravidez (n=17) e 1 caso omissos (n=16)

Anexo G- Características das lactantes

Tabela 4 Características sociodemográficas, clínicas e relativas ao consumo de bebidas alcoólicas em lactantes.

	Total (n=25)	Consumo de bebidas alcoólicas				p
		Sim (n=19)	Não (n=6)	Sem/Baixo risco (n=9)	Médio/Alto risco (n=10)	
Amamentação, n (%)						
Exclusiva	4 (16,0)	2 (10,5)	2 (33,3)	0 (0,0)	2 (20,0)	0,474 [†]
Complementar	21 (84,0)	17 (89,5)	4 (66,7)	9 (100,0)	8 (80,0)	
Primeira mamada, n (%)						
Imediatamente após o nascimento	12 (48,0)	8 (42,1)	4 (66,7)	2 (22,2)	6 (60,0)	0,187 [†]
Horas após o nascimento	7 (28,0)	5 (26,3)	2 (33,3)	4 (44,4)	1 (10,0)	
Dias após o nascimento	6 (24,0)	6 (31,6)	0 (0,0)	3 (33,3)	3 (30,0)	
Tempo entre mamadas, n (%)						
<2 horas	18 (72,0)	14 (73,7)	4 (66,7)	7 (77,8)	7 (70,0)	1,000 [†]
>2 horas	6 (24,0)	4 (21,1)	2 (33,3)	2 (22,2)	2 (20,0)	
Não sabe	1 (4,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	
Consumo de álcool						
Antes de saber que estava grávida consumia bebidas alcoólicas, n (%)						
Sim	18 (72,0)	17 (89,5)	1 (16,7)	8 (88,9)	9 (90,0)	1,000 [†]
Não	7 (28,0)	2 (10,5)	5 (83,3)	1 (11,1)	1 (10,0)	
Enquanto estava grávida consumia bebidas com álcool, n (%)						
Sim	16 (64,0)	15 (78,9)	1 (16,7)	6 (66,7)	9 (90,0)	0,303 [†]
Não	9 (36,0)	4 (21,1)	5 (83,3)	3 (33,3)	1 (10,0)	
Atualmente consome bebidas alcoólicas, n (%)						
Sim	19 (76,0)	-	-	-	-	-
Não	6 (24,0)	-	-	-	-	-

Tabela 4| Continuação

Relativamente ao momento de amamentação, quando costuma consumir bebidas com álcool, n (%) ¹						
Imediatamente antes	2 (11,1)	-	-	-	0 (0,0)	2 (22,2) ²
A seguir a dar de mamar	6 (33,3)	-	-	-	4 (44,4)	2 (22,2)
Não pensa nisso	10 (55,6)	-	-	-	5 (55,6)	5 (55,6)
0,361 [†]						
Mesmo continuando a beber mudou algo, n (%) ²						
Frequência	Aumentou	0 (0,0)	-	-	0 (0,0)	0 (0,0)
	Não mudou nada	11 (78,6)	-	-	6 (100,0)	5 (62,5)
	Diminuiu	3 (21,4)	-	-	0 (0,0)	3 (37,5)
Quantidade	Aumentou	0 (0,0)	-	-	0 (0,0)	0 (0,0)
	Não mudou nada	12 (85,7)	-	-	6 (100,0)	6 (75,0)
	Diminuiu	2 (14,3)	-	-	0 (0,0)	2 (25,0)
0,209 [†]						

*Prova de Kruskal-Wallis e prova de Mann-Whitney; [†]Prova Exata de Fisher; [‡]Prova Qui-Quadrado; [#]Prova One-way ANOVA
¹Porcentagem em relação ao total de mulheres que consome bebidas alcoólicas (n=19) e 1 caso omissos; ²1 caso omissos; ³ Porcentagem em relação ao total de mulheres que manteve o consumo durante a gravidez e a amamentação (n=15) e 1 caso omissos (n=14)